TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR PAUL RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
—
1907

TITRES

Lauréat des hopitaux
(Concours pour les prix de l'Externat 1896)

Interne des hopitaux (1896)

Chef de clinique de la Faculté de Médecine a la maternité de Beaujon
(1899-1902)

Accoucheur des hopitaux (1903)

Membre de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
de Paris (1904)

ENSEIGNEMENT

Leçons d'anatomie, de physiologie et de pathologie
Cours officiel fait aux élèves sages-femmes de la Faculté
pendant quatre années : 1899, 1900, 1901, 1902.

Leçons hebdomadaires sur la pathologie de la grossesse
Maternité de Beaujon (1902-1903).

Cours théorique et pratique d'accouchement
Maternité de Boucicaut (1903, 1904, 1905, 1907).

Leçons a la maternité de la Charité
Stagiaires de la Faculté (Octobre 1906).

Leçons a la maternité de la Pitié (1906-1907)
Chargé du Cours de clinique annexe de la Faculté
(Décision ministérielle Mars 1907).

TRAVAUX

1894

Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, page 239.

Érysipèle du pharynx dans un cas de chlorose grave chez un enfant. — Obs. XXIV in *Thèse de Veillon.*

1896

Anatomie du côlon iléo-pelvien. — In *Thèse de Bobier* (vulvulus du côlon iléo-pelvien).

Hernie diaphragmatique avec malformations multiples : imperforation de la cavité buccale, ouverture de l'œsophage dans la trachée et vices de conformation du foie. — *Société anatomique*, 22 avril.

1897

Hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. — Trois observations in *Thèse d'Hermary.*

Abcès gazeux sous-diaphragmatiques. — Deux observations in *Thèse de Rosain.*

Incrustation pleurale. Asystolie pulmonaire et cardiaque. — *Soc. anatomique*, 14 mai.

Kystes hydatiques du poumon droit. — *Soc. anatomique*, 11 juin.

Rein en fer à cheval. — *Soc. anatomique*, 11 juin.

Abcès aréolaire du foie. — *Soc. anatomique*, 3 décembre.

Cancer du corps thyroïde. Mort par compression de la trachée. — *Soc. anatomique*, 3 décembre.

1898

Anévrisme de la crosse de l'aorte. — *Soc. anatomique*, 28 janvier.

De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement. — *Thèse de doctorat.*

1899

Observations de deux opérations de Porro. — *Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1er décembre.

1900

Appendicite au cours d'une grossesse. Opération. Guérison. Accouchement prématuré. — *Société O. G. P.*, 2 février.

Les règles de quinzaine. — Revue générale, *Gazette des hôpitaux*, 24 février.

Dystocie par fibrome du segment inférieur. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Guérison. — *Soc. O. G. P.*, 6 juillet.

1901

Histoire clinique et présentation d'une encéphalocèle de la région frontale. — *Soc. O. G. P.*, février.

Présentation de deux monstres appartenant à la catégorie des avortons gémellaires. — *Soc. O. G. P.*, février.

Présentation et description d'un crâne et du moulage de la tête d'un enfant ayant une absence de développement de la branche montante droite du maxillaire inférieur. — *Soc. O. G. P.*, février.

Deux observations de rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans la cavité abdominale ayant fait croire à deux cas de dystocie par fibrome. — *Revue pratique Obst. et de Pæd.*, mars-avril.

Rétroversion d'un utérus fibromateux simulant un utérus gravide. Phénomènes infectieux. Hystérectomie abdominale totale. — *Soc. O. G. P.*, octobre.

Observations de rupture du segment inferieur de l'utérus. — *Soc. O. G. P.*, novembre.

Dystocie par brièveté naturelle et accidentelle du cordon et brides amniotiques encéphalo-funiculaires. — *Soc. O. G. P.*, décembre.

Présentation d'un cas de polydactylie multiple avec autres malformations. — *Soc. O. G. P.*, décembre.

1902

Rupture utérine dans un cas d'hydrocéphalie. — *Soc. O. G. P.*, janvier.

De la mort apparente du nouveau-né. Aperçu clinique et traitement. — *Revue prat. d'Obst. et de Pæd.*, janvier-février.

Dystocie par infiltration syphilitique du col. — *Soc. O. G. P.*, juin.

De l'agglutination des bords de l'orifice externe du col pendant le travail. — *Rev. prat. d'Obst. et de Pæd.*, septembre.

Amputation ou atrophie des quatre membres chez un enfant. — *Soc. O. G. P.*, décembre.

1903

De la mort du fœtus par circulaires du cordon. — *Soc. O. G. P.*, mai.

Purpura hémorrbagique mortel pendant la grossesse. — *Soc. O. G. P.*, octobre.

Diagnostic et traitement de la pyélonéphrite gravidique. — *Arch. gén. de médecine*, 27 octobre.

Histoire clinique, description et présentation d'un bassin oblique ovalaire. — *Soc. O. G. P.*, novembre.

Diagnostic et traitement de la cholécystite gravidique. — *Arch. gén. de méd.*, décembre.

Précis d'anatomie, de physiologie et de pathologie. — 928 pages et 463 figures, *librairie Masson*.

1904

Présentation d'un monstre avec malformations multiples et attitude particulière. — *Soc. O. G. P.*, avril.

Rupture utérine chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne. Opération de Porro. Guérison. — *Soc. O. G. P.*, avril.

Observation de rupture utérine. — *Soc. O. G. P.*, avril.

Diagnostic et traitement de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. — *Arch. gén. de médecine*, 26 avril.

Diagnostic et traitement de l'oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus pendant le travail. — *Arch. gén. de méd.*, 7 juin.

Rigidité syphilitique du col. — *Soc. O. G. P.*, octobre.

Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale pendant la grossesse. — *Arch. gén. de méd.*, 11 octobre.

Symphyséotomie faite en ville. Grossesse nouvelle, accouchement spontané. — *Arch. gén. de méd.*, 13 décembre.

1905

De la colique hépatique pendant la puerpuéralité. — *Arch. gén. de méd.*, 10 janvier.

Diagnostic et traitement de la mort apparente du nouveau-né. — *Arch. gén. de méd.*, 7 février.

Obstruction intestinale au cours de la grossesse. Étranglement dû à un anneau constitué par l'appendice iléo-cæcal. — *Soc. O. G. P.*, 13 mars. La pièce avait été présentée en collaboration avec M. Chartier à la *Société anatomique*, le 14 octobre 1904.

Formes et traitement des ictères gravidiques. — *Arch. gén. de méd.*, 9 mai.

Deux observations de mort subite pendant la grossesse. Opération césarienne post-mortem. Enfants vivants. — *Soc. O. G. P.*, 5 juin.

Albuminurie gravidique. — *Arch. gén. de méd.*, juillet, n° 27.

Complications vésicales de la puerpuéralité (leçon clinique). — *Arch. gén. de méd.*, juillet, n° 30.

Hémorragie mortelle survenue le 10e jour des suites de couches chez une

grande multipare ayant eu une insertion vicieuse du placenta. — *Soc. O. G. P.*, 9 octobre.

Diagnostic et traitement de l'hydrocéphalie. — *Arch. gén. de méd.*, 22 novembre.

1906

Préparatifs à faire pour un accouchement. — *La Clinique*, n° 1.

Conduite à tenir dans l'avortement. — *La Cl.*, n° 2.

Vomissements de la grossesse. — *La Cl.*, n° 3.

Le bassin des boiteuses (analyse). — *La Cl.*, n° 6.

Alimentation des nouveau-nés pendant le premier mois. — *La Cl.*, n° 10.

Conduite à tenir en présence d'un fœtus mort retenu dans la cavité utérine. — *La Cl.*, n° 11.

Traumatismes vulvaires au cours de l'accouchement. — *Arch. gén. de méd.*, n° 14.

Instruments et accessoires qui doivent entrer dans la trousse de médecin accoucheur. — *La Cl.*, n° 13.

Traitement de l'hydramnios. — *La Cl.*, n° 14.

Traitement des hémorrhagies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur. — *La Cl.*, n° 15.

Diagnostic de la grossesse extra-utérine. — *La Cl.*, n° 16.

Signes qui doivent faire craindre une rupture utérine pendant l'accouchement. — *La Cl.*, n° 16.

Ligature et pansement du cordon ombilical. — *La Cl.*, n° 17.

Traitement des traumatismes de la vulve après l'accouchement. — *La Cl.*, n° 17.

Des sucres urinaires physiologiques pendant la grossesse. — *La Cl.*, n° 17 *bis*.

Traitement prophylactique de la syphilis héréditaire. — *La Cl.*, n° 18.

Précautions à prendre pendant l'accouchement pour éviter les déchirures vulvo-périnéales. — *La Cl.*, n° 19.

Diagnostic et traitement de l'hydrocéphalie (analyse). — *La Cl.*, n° 20.

Inversion utérine obstétricale. — *Gazette des hôpitaux*, n°s 46 et 49.

Rétention d'urine chez un nouveau-né du sexe féminin. — *Soc. d'O. G. P.*, mai.

Grossesse dans un utérus didelphe. — *Soc. d'O. G. P.*, mai.

De la mort subite pendant la puerpuéralité. — *Arch. gén. de méd.*, n°s 18 et 19.

De la nécessité du toucher intra-utérin dans la rétention placentaire post-abortum. — *La Cl.*, n° 24.

Rapport sur un fœtus achondroplasique et observation personnelle. — *Soc. O. G. P.*, Juin.

Diabète et glucosurie pendant la puerpéralité. — *Revue des maladies de la nutrition*, n° 6.

Conduite à tenir dans la rupture prématurée et accidentelle des membranes pendant la grossesse. — *La Cl.*, n° 25.

Du toucher manuel en obstétrique. — *Arch. gén. de méd.*, n° 26.

De la rachistovaïnisation en obstétrique. — *La Cl.*, n° 26.

Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements (analyse). — *La Cl.*, n° 26.

Diagnostic et traitement des arthropathies gravidiques. — *La Cl.*, n° 29.

Mammite des nouveau-nés. — *La Cl.*, n° 30.

Névrites gravidiques. — *Arch. gén. de méd.*, n° 31.

Diagnostic de la pyélonéphrite gravidique. — *La Cl.*, n° 32.

Traitement de l'albuminurie pendant la grossesse. — *La Cl.*, n° 37.

Accès éclamptiques au cours d'un accouchement gémellaire. — *Arch. gén. de méd.*, p. 2183.

A propos d'une observation d'inversion utérine. — *Arch. gén. de méd.*, n° 44.

Du ptyalisme. — *La Cl.*, n° 45.

Rétroversion de l'utérus gravide. — *La Cl.*, n° 49.

Diagnostic de la grossesse au 2e mois. — *La Cl.*, n° 51.

1907

Présentation du front (analyse). — *La Cl.*, n° 1.

Manière d'organiser une consultation de nourrissons. — *La Cl.*, n° 2.

Conduite à tenir en présence d'un fœtus mort retenu dans un kyste fœtal. — *La Cl.*, n° 6.

Traitement des déchirures du périnée après l'accouchement. — *La Cl.*, n° 8.

Manifestations multiples de l'auto-intoxication gravidique. Evacuation de l'utérus. Polynévrite secondaire. — *Revue professionnelle des sages-femmes*, n° 3.

Observation d'ostéomalacie grave pendant la grossesse. — *Soc. d'O. G. P.*, mars.

Conduite à tenir en présence d'une grossesse molaire. — *La Cl.*, n° 11.

Indications de la rupture des membranes pendant l'accouchement. — *La Cl.*, n° 12.

Diagnostic et traitement du relâchement des symphyses du bassin après l'accouchement. — *La Cl.*, n° 14.

I

PRÉSENTATIONS FAITES A LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Hernie diaphragmatique et malformations fœtales.

(*Soc. anat., 22 avril 1896.*)

La dissection complète du fœtus n'ayant pu être faite qu'après la présentation à la Société anatomique, je crois intéressant de rapporter cette observation dans tous ses détails.

Une femme de 21 ans, primipare, enceinte de 8 mois, accouche à la maternité de l'Hôtel-Dieu annexe d'un enfant pesant 1850 gr. après un travail ayant duré 14 heures. L'accouchement est normal, mais dès la rupture de la poche des eaux il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique, 3 litres environ; cet hydramnios s'explique par le poids du placenta pèsant 450 gr., ce qui permet d'incriminer la syphilis.

L'enfant essaya de faire quelques mouvements inspiratoires, mais sans succès; croyant à la présence de mucosités laryngées, le petit doigt est introduit dans la cavité buccale, on constate alors que celle-ci n'est qu'un court cul-de-sac, perforé cependant, car on peut y passer un stylet. L'enfant meurt quelques minutes après son expulsion.

Son autopsie nous revèle de nombreuses malformations. Une incision longitudinale partant de la fourchette sternale et aboutissant à la symphyse pubienne est complétée par la section des cartilages costaux sur les parties latérales, ce qui permet de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les rapports des organes du thorax et de l'abdomen.

Le diaphragme n'existe que dans sa moitié droite et le foie occupe la plus grande partie de l'abdomen et de la cage thoracique. Le lobe droit a sa situation normale, mais le lobe gauche remonte verticalement dans le thorax où il occupe toute la région cardiaque et une portion de la région pulmonaire, entrant en con-

tact par sa pointe avec le thymus. De forme losangique, cette portion ascendante a un bord inférieur et droit en rapport avec le péricarde et un bord supérieur et droit en rapport avec le thymus, le bord supérieur et gauche est voisin du cæcum, et le bord inférieur gauche de l'intestin grêle.

Au-dessous de la masse hépatique le côlon se dirige transversalement de gauche à droite, rencontrant le foie il se coude à angle droit pour descendre verticalement vers le petit bassin au niveau duquel il disparaît après deux coudures.

Si l'on enlève avec précaution le thymus et le foie, qui sont les deux organes remplissant presque complètement le thorax et l'abdomen, on découvre sur la paroi gauche du péricarde le poumon gauche, réduit à l'état d'une mince languette, ayant au-dessus de lui, de droite à gauche, l'appendice vermiculaire très développé, le cæcum, et les anses intestinales, situées sous la clavicule.

L'estomac, de forme biloculaire, est sous-jacent aux organes précédents, au-dessus du plan horizontal passant par le diaphragme. Il paraît avoir basculé autour de sa petite courbure, qui se trouve donc en bas, alors que la grande courbure est en haut et en rapport de droite à gauche et de bas en haut avec le péricarde, le poumon gauche, le cæcum; à sa gauche se trouve l'intestin grêle. Le cardia et la grosse tubérosité sont à droite près du cœur, le pylore et son antre sont à gauche.

Soulevant la grande courbure nous apercevons la rate, volumineuse, couchée transversalement sur le côté gauche de la colonne vertébrale, en rapport intime par sa face supérieure avec le rudiment de poumon gauche.

Sous le cœur se trouve caché le poumon droit normal.

Si, partant du pylore, nous suivons le tube digestif, nous constatons que le duodénum descend obliquement en bas et à droite, puis en bas et à gauche après avoir décrit une légère courbure, enfin verticalement en bas; se repliant sur lui-même de bas en haut et de gauche à droite, il vient passer derrière la portion descendante pour se continuer avec la masse de l'intestin grêle. Celui-ci occupe toute la portion gauche de la cavité thoracique de la clavicule à la dernière côte, se continuant avec le cæcum dans la région sous-claviculaire. Le côlon descend verticalement, superficiel d'abord; il s'enfonce bientôt sous la masse intestinale pour réapparaître au niveau de la douzième côte, il change de direction, se portant de l'hypocondre gauche dans l'hypocondre droit, pénètre dans la fosse iliaque, puis dans le petit bassin où il disparaît.

Quant au pancréas, sa tête se trouve enclavée dans l'anse droite du duodénum, son corps remontant en haut et à droite derrière l'estomac.

Après avoir enlevé ces différents organes, nous pouvons étudier avec précision la constitution du diaphragme; il n'en existe aucune trace dans la moitié gauche; sa limite de ce côté est

formée par le pilier gauche, qui s'insère dans sa situation normale sur le rachis, laissant par conséquent les orifices classiques par où passent les organes qui se rendent normalement du thorax dans l'abdomen.

Si nous prenons maintenant chacun des organes en particulier, nous constatons les particularités suivantes :

Dans l'appareil circulatoire, le cœur semble avoir été repoussé vers la droite du thorax; du ventricule droit part une artère pulmonaire volumineuse qui se porte en haut, puis à gauche, en décrivant une crosse sous-jacente à la crosse aortique; l'aorte descendante paraît continuer l'artère pulmonaire qui recevrait à sa partie supérieure la crosse de l'aorte, dont le calibre est très inférieur à celui de l'aorte descendante. C'est après avoir fourni les branches, qui se rendent au cou et au membre supérieur, que la portion horizontale de la crosse aortique très réduite se jette dans l'artère pulmonaire; cette dernière émet par sa concavité une très petite branche se portant au poumon gauche, et par sa face postérieure une branche plus volumineuse allant au poumon droit.

Les reins sont très lobulés; ils occupent leur situation normale, le droit est plus petit que le gauche.

Le foie est constitué par deux lobes se réunissant à angle droit à l'union de la portion horizontale et de la portion verticale, et sur la face supérieure pénètre la veine omhilicale; celle-ci limite le bord inférieur du ligament supérieur qui ne s'insère que sur la moitié postérieure de la face convexe.

La dissection attentive de la trachée et de l'œsophage nous montre ce dernier organe se dirigeant vers la trachée. Incisant le cartilage thyroïde pour ouvrir une fenêtre antérieure, nous apercevons l'abouchement de l'œsophage à la face postérieure du larynx au niveau du cartilage cricoïde. De ce point jusqu'à la portion supérieure des voies respiratoires, il n'existe qu'un seul conduit s'ouvrant à la partie postérieure et supérieure des fosses nasales. Si nous introduisons le petit doigt dans la bouche nous sommes arrêtés par le fond du cul-de-sac buccal, qui possède cependant un orifice punctiforme invisible, laissant passer un stylet.

La coupe du pharynx nous permet de retrouver cet orifice, mais il n'a aucun rapport avec les voies respiratoires.

Plaque pleurale incrustée.

(*Société anatomique*, 14 *mai* 1897.)

Il s'agit d'une grande plaque pleurale trouvée à l'autopsie d'un malade de 43 ans entré à l'hôpital avec des symptômes

d'asystolie cardiaque et pulmonaire. On ne relève dans les antécédents pathologiques qu'un érysipèle, une attaque d'influenza et une bronchite en 1894.

A l'autopsie on constate des adhérences épaisses de la plèvre et du sommet du poumon. La paroi postérieure et inférieure de la plèvre costale est tellement épaissie qu'elle donne la sensation d'une paroi d'un demi-centimètre d'épaisseur.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'une véritable ossification.

Kystes hydatiques multiples du poumon droit.

(*Société anatomique*, **11** *juin* **1897.**)

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital Beaujon et meurt le lendemain.

A son entrée, on constate un abattement général, un facies cachectique avec teinte plombée, une haleine très fétide qui, avec les symptômes physiques, font porter le diagnostic de gangrène pulmonaire. A l'auscultation, on trouve à la partie inférieure du poumon droit, en arrière, de la diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles sibilants. Dans la partie supérieure du même côté et dans tout le poumon gauche, la respiration est plus intense, et on entend de nombreux râles sibilants et ronflants. L'expectoration est purulente, couleur brique et d'odeur de macération anatomique.

A l'autopsie, le poumon droit renferme plusieurs kystes hydatiques de la grosseur d'une mandarine; à la base, deux de ceux-ci ont dû se rompre et constituent deux cavernes de la dimension d'une noix; les parois sont tomenteuses et la cavité renferme un liquide sanieux et fétide.

Rien dans les autres organes.

Rein en fer à cheval.

(*Société anatomique*, **12** *juin* **1897.**)

Présentation des reins d'un vieillard de 79 ans, mort à Beaujon de tuberculose.

Les reins sont déplacés, portés vers la ligne médiane et fusionnés par leur extrémité supérieure, ils constituent le « Rein en fer à cheval » décrit par les auteurs. Les deux hiles, très rapprochés, donnent naissance à deux uretères, qui suivent les parties latérales de la colonne lombaire.

Abcès aréolaires du foie.

(*Société anatomique*, 3 *décembre* 1897.)

Abcès aréolaires du foie chez une femme de 28 ans, n'ayant aucun antécédent lithiasique ni infectieux. Ce qui paraît intéressant dans cette pièce, c'est le volume considérable de l'abcès situé à la partie inférieure et latérale droite du lobe droit. Cet abcès présente le volume d'une tête de fœtus et contient un pus bien lié, vert clair.

Cancer du corps thyroïde.

(*Société anatomique*, 3 *décembre* 1897.)

Présentation d'une énorme tumeur du corps thyroïde d'origine néoplasique et ayant déterminé la mort par compression de la trachée.

Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Injections de liquide gélatineux.

(*Société anatomique*, 28 *janvier* 1898.)

Présentation d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte qui a perforé le sternum. Mort dans un accès de dyspnée paroxystique. Le récurrent gauche, très augmenté de volume, s'enroule autour du sac anévrismal.

Présentation d'une pièce d'occlusion intestinale déterminée par un orifice formé par l'appendice iléo-cæcal.

(*Société anatomique*, 14 *octobre* 1904.)

II

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Précis d'anatomie, de physiologie et de pathologie.

(MASSON, *Collection Diamant*, 928 *pages et* 463 *figures*.)

Ce livre, publié en 1903, a été écrit après quatre années d'enseignement officiel aux élèves sages-femmes de la Faculté de médecine. Celles-ci doivent, en effet, à la suite du décret du 23 juillet 1893, consacrer leur première année à l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Au moment de l'organisation de l'école des sages-femmes à la maternité de Beaujon, dont la direction fut confiée à M. Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé, le chef de clinique fut chargé d'enseigner ces matières dans un cours fait trois fois par semaine pendant toute l'année scolaire.

Pour rendre moins aride cet enseignement, j'ai cru bon de ne pas scinder l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais, à propos de chaque système ou de chaque organe décrit, d'étudier de suite le fonctionnement physiologique de l'organe et les affections d'ordre médical ou chirurgical qui lui sont propres.

Ce livre est divisé en deux parties : la première, comprenant environ les deux tiers, est consacrée aux différents appareils du corps humain, la deuxième est constituée par la description de l'*anatomie*, de la *physiologie* et de la *pathologie génitales et obstétricales*. J'ai fait entrer dans cette partie, qui a dû recevoir un développement beaucoup plus complet, le bassin osseux et le bassin mou, le plancher pelvien, les organes génitaux ex-

ternes et internes et toutes les parois de l'abdomen. Viennent ensuite l'étude du péritoine et de la mamelle.

L'embryologie a reçu le développement que comportait un tel livre : j'ai passé en revue la fécondation, la segmentation et le développement de l'embryon et des enveloppes de l'œuf. De nombreuses figures permettent de suivre pas à pas les modifications qui se succèdent pour aboutir à la formation du placenta et des membranes; ces organes sont étudiés dans un chapitre spécial, auquel font suite l'anatomie et la physiologie du fœtus.

J'ai cru nécessaire de terminer ce précis par la description des interventions courantes :

Manière de prendre la température;

Asepsie et antisepsie;

Pansements;

Injections hypodermiques;

Injections de sérum artificiel;

Lavage de l'estomac et gavage chez l'enfant et chez l'adulte;

Lavage de l'intestin et entéroclyse chez l'adulte et chez l'enfant;

Lavements;

Cathétérisme de l'urètre chez la femme.

Les règles de quinzaine.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1900, *n°* 23.)

Les règles de quinzaine sont des crises douloureuses s'accompagnant dans certains cas d'un écoulement hydrorrhéique ou sanguin et survenant au milieu de l'espace intermenstruel.

Ayant eu l'occasion d'en constater plusieurs observations au cours de mon internat, j'ai étudié ce sujet d'une façon particulière. Cette affection paraît avoir été longtemps ignorée, car il faut arriver à Lisfranc (1836) et à Brierre de Boismont (1842) pour en trouver la première ébauche. Depuis cette époque un assez grand nombre d'observations ont été publiées et chaque auteur a essayé d'en fixer la pathogénie.

C'est en m'inspirant de ces dernières et de celles que j'ai recueillies personnellement que j'ai conclu, au point de vue étiolo-

gique, à l'intervention de deux facteurs pour expliquer les crises intermenstruelles : d'une part, une lésion ovarienne ou utérine et, d'autre part, un terrain nerveux, qu'on l'appelle nervosisme ou impressionnabilité.

Cette affection est caractérisée par une douleur, habituellement localisée à la région hypogastrique, qui survient régulièrement et brusquement du dixième au douzième jour après la fin des dernières règles, et par un écoulement ayant son point de départ dans l'utérus et durant en moyenne deux ou trois jours. Cet écoulement est tantôt glaireux, tantôt sanguinolent, tantôt hydrorrhéique.

A côté de ces symptômes principaux on peut constater une irritation déterminée par l'écoulement, des envies fréquentes d'uriner, des troubles digestifs, et un état nerveux plus ou moins accusé.

Après avoir passé en revue les différentes théories émises par les auteurs, j'ai conclu à l'existence à peu près constante d'une endométrite; l'excitation partie de l'ovaire détermine par voie réflexe une congestion de l'utérus, dont la muqueuse malade permet l'écoulement sanguin.

La périodicité de la douleur et de l'écoulement permet de ne pas confondre cette affection avec une poussée de pelvi-péritonite, avec l'hyperesthésie ovarienne des hystériques, avec les crises douloureuses de la salpingo-ovarite.

Contre la douleur on ordonnera, de préférence par la voie rectale, des narcotiques; on luttera contre les phénomènes congestifs par des injections chaudes ou des lavements chauds et par des révulsifs locaux. Enfin on combattra le tempérament névropathique par l'hydrothérapie et par des stations aux eaux de Luxeuil, Néris ou Plombières.

III

GROSSESSE ET PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

De la mort subite pendant la puerpuéralité.

(*Archives générales de médecine*, 1906, *n*[os] 18 *et* 19.)

Ce mémoire original a été écrit à la suite de plusieurs cas de mort subite, dont j'avais été le témoin, deux pendant la grossesse et un après l'accouchement. Ces trois observations sont rapportées à la fin de ce mémoire et je les ai fait suivre d'un grand nombre d'autres puisées dans la littérature médicale; je me suis astreint à rechercher une observation typique venant à l'appui de chaque cause de mort subite.

Ce travail est divisé en trois parties: la première est consacrée à la mort subite pendant la grossesse, la seconde à la mort subite pendant le travail et la troisième à la mort subite pendant les suites de couches.

Pendant la grossesse j'ai étudié les cardiopathies, les différentes variétés d'hémorragies, insertions du placenta sur le segment inférieur, avortement, rupture de varices, rupture de grossesse extra-utérine, décollement prématuré du placenta, rupture utérine, les affections pulmonaires, les manifestations graves de l'auto-intoxication gravidique, les complications de la grossesses et les réflexes d'origine génitale.

L'accouchement est la période de la puerpuéralité pendant laquelle on rencontre le plus souvent la mort subite. Après en avoir donné les raisons multiples, j'ai passé en revue les principales causes, d'abord pendant le travail, puis pendant la délivrance et enfin pendant les quelques heures qui suivent l'expulsion du placenta.

En dehors des causes déjà rencontrées pendant la grossesse nous avons signalé les hémorragies cérébrales, la mort au cours de l'anesthésie chloroformique, les hémorragies par inertie utérine, les injections vaginales et intra-utérines, l'inversion utérine, l'entrée de l'air dans les veines.

La troisième partie, beaucoup moins importante, est consacrée à la période des suites de couches, pendant laquelle on trouve surtout l'embolie comme cause de mort subite.

Ce travail se termine par l'énumération des causes exceptionnelles : rupture d'anévrismes, rupture de gros vaisseaux, hémoptysie, hématémèse, rupture d'un estomac cancéreux (observation personnelle), etc.

Troubles vésicaux de la puerpuéralité

(*Arch. gén. de méd.*, *1905*, *n° 30.*)

Cette leçon a eu pour point de départ l'observation d'une femme accouchée depuis six jours, chez laquelle étaient survenues des élévations de température. A l'examen, j'ai constaté une distension anormale de la vessie, qui contenait deux litres et demi d'urine. Cette rétention était passée inaperçue, car il y avait miction par regorgement.

J'ai profité de cette occasion pour passer en revue les différents troubles vésicaux qu'on peut rencontrer au cours de la puerpuéralité.

Au début de la grossesse, ce sont les mictions fréquentes et parfois douloureuses, accompagnées de modifications dans l'aspect des urines, troubles ou sanguinolentes. La grossesse extra-utérine détermine aussi, dans certains cas, des troubles vésicaux, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Le troisième ou quatrième mois de la grossesse est l'époque des troubles de la miction déterminés par le rétroversion de l'utérus gravide.

Dans la deuxième moitié de la gestation se rencontre la pyurie due soit à une cystite ancienne récidivante, soit à la pyélonéphrite.

Les derniers mois s'accompagnent souvent chez les primipares

d'incontinence ou de rétention déterminées par l'action de la présentation fœtale sur le réservoir urinaire.

Au moment de l'accouchement, la distension vésicale suffit à empêcher l'engagement et prédispose à de mauvaises présentations ou à des accidents du travail. La même cause peut retarder la descente du placenta au cours de la délivrance.

Les suites de couches sont fertiles en incidents d'origine vésicale : rétention par parésie intestinale, cystite par cathétérisme septique, cystite secondaire à l'infection puerpuérale.

La symphyséotomie se complique parfois d'incontinence plus ou moins durable.

A propos de chacun de ces cas, j'ai étudié le diagnostic, les causes qui les déterminent et le traitement qui doit en atténuer ou en faire disparaître les effets.

Diabète et glucosurie pendant la puerpuéralité.

(*Revue des maladies de la nutrition, juin 1906, n° 6.*)

La présence du sucre dans les urines des femmes enceintes a été longtemps considérée comme étant déterminée par le diabète, mais les travaux de Porcher et Commandeur ont démontré que la glucosurie n'était dans le plus grand nombre des cas qu'un acte physiologique.

Ce travail a été divisé en deux parties : dans la première j'ai passé en revue les relations existant entre le diabète et la grossesse ; dans la seconde j'ai étudié la glucosurie gravidique.

A propos de la pathogénie du diabète survenant pendant la grossesse, j'ai cru pouvoir invoquer la suractivité du foie, celui ci se préparant à la fonction qu'il doit jouer pendant la lactation, ou encore l'action des toxines gravidiques sur le centre de la glucosurie, mais il faut pour cela une prédisposition du sujet.

Un chapitre est consacré à l'action du diabète sur la gravidité, caractérisée par l'accouchement prématuré, par la mort du produit de conception au cours de la grossesse ou peu de temps après la naissance.

Le chapitre suivant passe en revue l'action de la gravidité sur le diabète, qui est presque toujours aggravé par elle.

La deuxième partie de ce mémoire est destinée à montrer la fréquence de la glucosurie et de la lactosurie physiologiques pendant la grossesse. Sur l'influence de cette dernière les fonctions hépatiques, et par conséquent la fonction glycogénique, sont exagérées, mais l'origine du glucose et du lactose est absolument différente, le glucose est fonction du foie alors que le lactose est fonction de la mamelle, qui emploie pour le constituer le glucose fabriqué par la glande hépatique.

Rétroversion d'un utérus fibromateux simulant un utérus gravide. — Hystérectomie abdominale totale.

(*Soc. O. G. P., octobre* 1901.)

Cette femme, qui avait été amenée à l'hôpital pour des douleurs lombaires survenues brusquement et pour des pertes sanguines, est passée à la Maternité par le service où elle était soignée. Le col utérin est élevé et porté en avant, le cul-de-sac postérieur du vagin est refoulé par une masse du volume du poing, peu dépressible, dure et difficile à mobiliser. Des accidents fébriles étant survenus et le col étant entr'ouvert, je fais un curettage, car le doigt, introduit dans l'utérus, sentait une masse, qui est prise par la sage-femme pour un placenta rétracté. Au cours de l'intervention les sensations obtenues par l'intermédiaire de la curette me font porter le diagnostic de fibrome sessile sous-muqueux. Cette femme est alors reçue par un service de chirurgie de l'hôpital Beaujon où on doit lui faire d'urgence une hystérectomie abdominale totale. L'examen de la pièce confirme le diagnostic, il s'agissait en effet d'un fibrome sessile sous-muqueux en voie de sphacèle et de la grosseur d'une orange; il faisait saillie dans le col qui avait pris la forme d'un fer à cheval.

Ostéomalacie grave chez une multipare.

(*Observation rapportée à la Société O. G. P., le* 11 *mars* 1907.)

Il s'agit d'une femme de 36 ans, enceinte pour la cinquième fois; l'affection débute au cours de la quatrième grossesse, qui se

termine par la naissance de deux jumeaux, mais elle s'aggrave surtout vers le troisième mois de la grossesse actuelle.

Les douleurs sont généralisées, plus vives la nuit, au point de rendre tout sommeil impossible, elles siègent uniquement dans le système osseux.

Les déformations sont surtout accusées au niveau du bassin, de la colonne vertébrale et du massif facial, mais on constate aussi du ramollissement du côté des membres supérieurs.

On note également une diarrhée constante et des poussées congestives fréquentes dans les poumons. Les globules rouges sont au-dessous de la moyenne, il n'y en a que 3.729.600 et 6.840 globules blancs. Les urines sont normales comme quantité, elles ne renferment ni sucre, ni albumine, mais l'urée est diminuée.

L'examen du bassin n'a pu être fait que sous chloroforme. Les deux pubis sont rapprochés au point de ne pas admettre la pulpe de l'index, le couloir interpubien mesure 2 cm. 2 de longueur, le diamètre promonto-sous-pubien est de 10,4; les ischions sont rapprochés l'un de l'autre et la distance qui les sépare permet de placer de champ les quatre derniers doigts, le diamètre intersciatique a environ 4 à 5 centimètres.

Dans le courant du neuvième mois, l'état général s'aggrave et on décide l'intervention. Après l'extraction du fœtus par la voie abdominale on termine par une hystérectomie sus-cervicale. Au cours de l'opération on recueille une certaine quantité de sang, dont l'examen donna les résultats suivants :

Eau..................................	924.40
Résidu sec total........................	75.60
Matières minérales totales...............	75.60
Matières organiques totales..............	66.88
Azote total............................	8.23
Matières albuminoïdes totales............	51.43
Matières minérales solubles.............	8.72
Chlorures (en NaCl)....................	6.30 %
Urée..................................	traces positives.

Diagnostic et traitement de la cholécystite gravidique.

(*Arch. gén. de méd., décembre* 1903.)

Ayant eu l'occasion d'observer une femme enceinte atteinte de cholécystite, affection qui nécessitaune intervention chirurgicale, j'ai recherché les différentes observations publiées dans la science sur cette complication de la grossesse et j'en ai tracé le tableau clinique.

Elle débute habituellement dans les derniers mois de la grossesse, soit à la suite de signes prodromiques, soit brusquement par une douleur aiguë siégeant dans l'hypochondre et le flanc droit avec irradiations dans tout l'abdomen. A la douleur succèdent plus ou moins vite des vomissements et des troubles intestinaux simulant parfois l'occlusion intestinale.

L'état général est celui de toute infection : facies grippé, langue saburrale, température élevée, 38°5 à 40°, avec frissons et sueurs abondantes, pouls rapide 120 à 140, urines rares, foncées et rougeâtres, souvent albumineuses.

Par le palper on réveille un point douloureux, nettement localisé à la zone vésiculaire et accompagné de défense musculaire. Celle-ci ne permet pas toujours de sentir une tumeur allongée et ovoïde, qui se continue, à son extrémité supérieure, avec le foie.

Au point de vue du diagnostic, on peut hésiter surtout entre la colique hépatique, la pyélonéphrite, l'appendicite, la torsion d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé; pendant les suites de couches on peut être entraîné du côté des accidents infectieux d'origine puerpuérale.

Le traitement sera préventif et, par conséquent, basé sur le fonctionnement régulier de l'intestin pendant la grossesse; curatif, il devra être rapidement chirurgical à cause de la tendance à la suppuration et à la rupture de la vésicule biliaire. Celle-ci sera fixée à la plaie cutanée et drainée pendant fort longtemps; si la fistule persiste, on sera presque toujours obligé de recourir à une seconde intervention qui aura pour but d'extirper la vésicule.

Purpura hémorragique pendant la grossesse. — Mort rapide.

(*Soc. O. G. P., octobre* 1903.)

Cette femme a été apportée à la maternité de Beaujon et elle y est morte presque subitement, quelques heures après son entrée. Aussi à cette observation manque-t il le point le plus intéressant, l'examen du sang.

C'est une primipare de 22 ans, qui a été prise brusquement de douleurs aiguës dans la région lombaire. Lors de son arrivée, elle présente sur tout le corps un rash très accusé et des taches purpuriques, on contate également des hémorragies sous-conjonctivales. Le pouls est faible et rapide (120) et la température est de 36°9.

Le fœtus, qui se présente par le sommet, est mort depuis deux jours.

A l'autopsie, on constate de nombreuses hémorragies viscérales.

Il s'agit ici d'un purpura deutéropathique, mais d'origine médicamenteuse ou toxique. Les deux hypothèses sont discutables; cette femme avait absorbé une grande quantité d'antipyrine, or ce médicament détermine souvent un rash et des suffusions sanguines. D'autre part les accidents peuvent avoir été occasionnés par l'auto-intoxication gravidique.

En faveur de cette dernière hypothèse plaident les différents malaises qui ont précédé la prescription de l'antipyrine. Pour être éclectique, on peut admettre que le médicament, administré à dose trop élevée, a déterminé des accidents toxiques chez une femme dont le foie fonctionnait mal sous l'influence de la gravidité.

Manifestations multiples de l'auto-intoxication gravidique. — Évacuation de l'utérus. — Polynévrite secondaire.

(*Revue professionnelle des sages-femmes*, 1907, *n°* 3.)

L'observation que je rapporte est un exemple des localisations multiples de l'auto-intoxication gravidique et de la persistance de certains troubles après l'interruption de la grossesse.

Il s'agit, en effet, d'une femme de 33 ans, qui, au quatrième

mois d'une grossesse, accusa des douleurs lombaires très aiguës, sous forme de crises quotidiennes. Au cinquième mois, apparaissent des vomissements qui deviennent rapidement graves par leur répétition et qui ne peuvent être arrêtés ni par le régime lacté absolu ni par la diète hydrique. Les urines normales en quantité renferment des doses très faibles de sucre et d'albumine. Aux vomissements incessants se surajoutent bientôt de la toux, du hoquet, du ptyalisme et un état de nervosité accentué.

Vers le sixième mois l'état général s'aggrave, le pouls est petit et fréquent (110), du subictère apparaît, les urines sont peu abondantes, 600 grammes, et il y a des tendances syncopales. En présence de ce tableau, je provoque l'accouchement prématuré, qui est rapidement suivi d'une amélioration marquée, la malade peut quitter l'hôpital douze jours plus tard. Une fois chez elle, surviennent des troubles de névrite périphérique, qui durent quatre mois.

Obstruction intestinale au cours de la grossesse. — Étranglement dans un anneau formé par l'appendice iléo-cæcal.

(*Soc. O. G. P., mars* 1905.)

La malade, qui fait l'objet de cette observation, avait été amenée dans mon service deux heures après avoir expulsé un fœtus de quatre mois; elle meurt quelques instants après son arrivée. Deux jours auparavant, elle avait été prise brusquement de douleurs suraiguës dans l'abdomen et de vomissements opiniâtres. L'autopsie permet de constater des lésions de péritonite généralisée. Le gros intestin est rétracté tandis que l'intestin grêle est très distendu. La dernière portion de l'iléon forme une anse étranglée par un anneau serré; celui-ci est constitué par l'appendice prolongé par une bride fibreuse. L'anse intestinale porte à sa partie moyenne une large perforation.

Diagnostic et traitement de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches.

(*Arch. gén. de méd.* 26 *avril* 1904.)

Ce travail a eu pour point de départ une observation d'appendicite survenue au cours de la grossesse. J'ai cherché surtout à mettre en relief les difficultés du diagnostic et les résultats favorables dus à une intervention précoce, suivant les conseils donnés par le Pr Pinard à la tribune de l'Académie.

Une multipare de 29 ans entre à Beaujon pour des douleurs abdominales, qui ont commencé la veille et qu'elle met sur le compte d'un début de travail. Comme il n'y a aucune modification du col, j'explore toute la cavité abdominale et je constate que le point douloureux siège dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus du point de Mac Burney, et qu'à ce niveau il y existe de la défense musculaire. La température et le pouls sont cependant normaux, mais le lendemain il se produit une légère élévation de température qui revient rapidement à la normale. Malgré ce peu de retentissement général, la malade est opérée par M. Bazy et on trouve déjà de la sérosité louche dans la cavité péritonéale, un épiploon épaissi et des fausses membranes sur le côlon. L'appendice est très long et caché dans la profondeur, il présente une teinte jaune verdâtre et paraît gangrené dans sa totalité. Il contient du pus très fétide et de fins débris sphacélés.

Les suites chirurgicales furent excellentes; ce n'est que sept jours plus tard qu'apparurent des contractions utérines. Le travail dura quelques heures et se termina par l'expulsion d'un enfant vivant de six mois, qui ne put être élevé.

Mort du fœtus pendant la grossesse par brièveté accidentelle du cordon.

(*Soc. O. G. P., mai 1903* et *Revue française de médecine et de chirurgie*, 1903, *n°* 42.)

La brièveté accidentelle du cordon peut déterminer la mort du fœtus de deux façons différentes : tantôt en amenant un décolle-

ment prématuré du placenta, tantôt en produisant un véritable étranglement du cou de fœtus. C'est à cette dernière cause que j'ai cru devoir rattacher la mort du fœtus dans les deux observations rapportées.

Dans l'une d'elles le cordon était enroulé autour du tronc et autour du cou, en plusieurs points il s'entrecroisait et se comprimait lui-même. Au cours de son long trajet il s'est imprimé très fortement dans les tissus fœtaux, au point d'y creuser un sillon profond dans lequel il disparaît presque complètement, ce fœtus a été reproduit par un moulage et conservé au musée de Beaujon.

IV

ACCOUCHEMENT ET DYSTOCIE

Bassin oblique ovalaire, Description du bassin et histoire obstétricale de la femme.

(*Soc. O. G. P., novembre* 1903.)

Ce bassin, recueilli chez une femme morte de tuberculose pulmonaire, appartient au type oblique ovalaire. Il existe en effet une synostose sacro-iliaque droite complète, le sacrum est asymétrique, mais l'arrêt de développement a frappé d'une façon différente les deux moitiés de sacrum; du côté droit il s'est localisé surtout à la partie supérieure, alors que du côté gauche, opposé à la synostose, il y a atrophie du tiers inférieur de l'os. Celui-ci n'a subi aucun mouvement de torsion, mais il existe une forte scoliose lombaire à convexité droite. Le détroit supérieur a nettement la forme d'une ellipse, dont le grand axe se porte d'arrière en avant et de droite à gauche et dont la grosse extrémité est située au niveau de l'éminence ilio-pectinée gauche. Le diamètre promonto-pubien, à peu près parallèle à la ligne innominée droite, mesure 10 cm. 3. Le diamètre oblique gauche a 13 centimètres et le droit 9 centimètres; le diamètre sacro-cotyloïdien gauche a 9 cm. 2 et le droit 4 cm. 7.

Les parois de l'excavation sont à peu près verticales, les ischions paraissent plutôt déjetés en dehors; le diamètre bi-ischiatique mesure 9 cm, 4 et le diamètre bi-sciatique 8 cm. 4.

Cette femme ne présente aucun antécédent pathologique du côté de son bassin ; elle a eu 9 grossesses, une seule a été jusqu'à

terme, mais l'accouchement ne put être terminé que par une basiotripsie.

Deux fois on provoqua l'accouchement prématurément et on obtint deux enfants vivants ; une fois, lors de sa quatrième grossesse, l'autre, pour sa dernière grossesse. Dans ce cas je fis la version par manœuvres internes, mais je rencontrai de grandes difficultés pour faire franchir à la tête le détroit supérieur ; je ne réussis qu'en ayant recours à la manœuvre de Champetier de Ribes. L'enfant pesait 2.550 grammes et les principaux diamètres céphaliques étaient les suivants : O. M. 12,5. — O. F. 11,5. — So. B. 10. — So. F. 9. — Bi T. 7,5.

Grossesse dans un utérus didelphe.

(*Soc. O. G. P., mai* 1906.)

Les grossesses survenant dans un utérus double ou didelphe sont assez rares, puisque, dans le travail le plus récent fait sur ce sujet M. Guérin Valmale n'a relevé que 46 observations. La première est de date assez rapprochée, elle fut communiquée en janvier 1870 par Aug. Olivier à la Société de biologie. J'ai cru intéressant de rapporter le cas suivant observé chez une femme atteinte de rougeole qui entraîna la mort, ce qui permit d'avoir un contrôle anatomique.

La malade avait été envoyée du Bastion 29 où elle était soignée pour une rougeole grave. La poche des eaux était rompue depuis 4 jours et le travail paraissait avoir débuté deux jours auparavant.

A son entrée le palper me donne comme unique renseignement un utérus dur et contracté. L'auscultation est négative, il s'écoule de la vulve du liquide fétide, la dilatation est complète et la température est de 40°.

Le fœtus est engagé, aussi la basiotripsie est-elle facile, elle permet d'extraire un fœtus de 2.600 grammes.

La palpation de l'abdomen après l'extraction du fœtus me révèle deux masses inégales séparées par une encoche profonde. Un examen plus complet me permit de constater deux vagins et deux cols.

Il avait été impossible de sentir la cloison séparant les deux vagins avant l'accouchement, parce que celle-ci était appliquée contre le vagin gauche par la tête fœtale engagée.

Cette femme étant morte des complications pulmonaires déterminées par sa rougeole, il nous a été facile d'étudier ces deux utérus sur place après ouverture de la cavité abdominale. Les corps utérins sont séparés par une cloison péritonéale verticale et antéro-postérieure allant du rectum à la vessie.

Accès éclamptiques au cours d'un accouchement gémellaire chez une femme ne présentant aucun trouble urinaire.

(*Arch. gén. de méd.*, 1906, *p.* 2184.)

Le point intéressant de l'observation, que je rapporte dans tous ses détails, c'est que les accès éclamptiques sont apparus au cours du travail chez une femme n'ayant eu, les jours précédents, aucun trouble précurseur. Les urines avaient été examinées le matin même et, comme elles avaient été gardées en totalité, elles furent examinées de nouveau après l'apparition des crises convulsives, elles ne renfermaient aucune trace d'albumine. Non seulement ces examens avaient été faits régulièrement pendant toute la grossesse, mais encore les urines des 24 heures avaient été recueillies à plusieurs reprises, leur quantité n'avait jamais été inférieure à la normale.

Pour expliquer l'éclosion des accès éclamptiques il était donc permis d'invoquer dans le cas particulier ou une décharge de toxines déterminées par un travail long et pénible, ou une compression d'un ou des deux uretères par le développement considérable du segment inférieur de l'utérus occupé par les deux sommets fœtaux.

Ruptures de l'utérus.

J'ai eu l'occasion de constater pendant mon clinicat à la Maternité de Beaujon ou dans les services que j'ai eu à diriger comme accoucheur des hôpitaux un certain nombre de ruptures utérines. Les observations les plus intéressantes ont été publiées

dans les *Bulletins de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris.*

1. Rupture de l'utérus dans un utérus unicorne.

(*Soc. O. G. P., novembre* 1901.)

Cet accident s'est produit chez une multipare de 35 ans au cours de la période d'expulsion, elle est envoyée à Beaujon avec le diagnostic de présentation de l'épaule. Par le toucher on constate une déchirure située sur la partie gauche du col; directement derrière cette brèche on sent le placenta qu'il est facile de déplacer pour arriver sur les pieds du fœtus.

La laparatomie s'imposait, pendant l'intervention on s'aperçoit qu'à droite le ligament large a sa constitution normale; à gauche, au contraire, le bord utérin est lisse, la partie supérieure du ligament large siège très bas, elle atteint à peine la partie médiane du segment inférieur, le ligament rond gauche s'insère à la partie inférieure du bord gauche. L'examen de l'utérus enlevé par hystérectomie totale ne permit pas de trouver l'orifice tubaire gauche. Quant à la rupture elle siégeait sur le bord gauche et elle était longue d'environ 6 à 7 centimètres.

2. — Rupture du segment inférieur de l'utérus dans un cas de présentation du front.

(*Soc. O. G. P., novembre* 1901.)

Il s'agit d'une secondipare, dont le bassin est rétréci et aplati (Diam. Pr. s. P. 10, 4). Il existe un faux promontoire sacré dont la distance au sous-pubis est de 9,9. Cette femme avait perdu les eaux au début du travail, elle avait fait appeler un médecin qui, après avoir tenté une manœuvre manuelle, l'envoya à l'hôpital. A son arrivée on fait le diagnostic de présentation du front avec enfant mort. Les contractions ont complètement cessé et l'utérus semble tétanisé, j'extrais ce fœtus après basiotripsie, mais la délivrance spontanée ne se faisant pas, j'introduis la main dans l'utérus et je constate une déchirure sous-péritonéale siégeant sur le bord gauche du segment inférieur. La femme meurt de

shock au cours de l'intervention pratiquée aussitôt; l'hémorragie ne peut, en effet, être incriminée, car la quantité de sang infiltrée sous le péritoine est peu considérable.

3. — **Rupture de l'utérus dans un cas d'hydrocéphalie.**

(*Soc. O. G. P., janvier* 1902.)

Cette femme, multipare, est amenée à l'hôpital plus de vingt-quatre heures après la rupture et dans un tel état de faiblesse qu'on hésite à intervenir; sa température est en effet de 34°,7 et le pouls n'est plus perceptible. Elle meurt dès le début de l'intervention. Un fœtus hydrocéphale de 4.800 grammes, accompagné de placenta, était dans la cavité abdominale et il y avait déjà un début de putréfaction. La circonférence occipito-frontale mesurait 55 centimètres et l'occipito-bregmatique 50 centimètres. La déchirure utérine occupait tout le bord gauche et elle était longue de 19,5.

Ce fœtus a été moulé et sa tête a été préparée; ces deux pièces sont conservées au musée de la maternité de Beaujon.

4. — **Rupture utérine chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne. — Opération de Porro. — Guérison.**

(*Soc. O. G. P., avril* 1904, *en collaboration avec M. Ribemont-Dessaignes.*)

Cette femme avait subi quatre ans auparavant en province une opération césarienne. Enceinte de nouveau elle était venue à Paris pour accoucher, la grossesse s'était passée très normalement. Elle est surveillée pendant le travail par M. Ribemont-Dessaignes, qui rompt les membranes artificiellement. Une heure plus tard elle ressent une douleur très vive dans toute la région abdominale et à partir de ce moment les contractions deviennent permanentes. M. Ribemont, constatant que son facies s'altère, palpe aussitôt et sent derrière la paroi abdominale, amincie au niveau de la cicatrice, de petites parties fœtales très saillantes. Portant le diagnostic de rupture utérine il fait transporter la malade à Beaujon pour l'opérer. L'enfant est extrait vivant, l'état

général de la mère étant grave, on a recours à une opération de Porro pour aller plus vite. Les suites opératoires furent excellentes et l'opérée quittait le service au bout de vingt-cinq jours.

5. — **Rupture utérine. — Mort avant toute intervention.**

(*Soc. O. G. P., mai* 1904.)

La rupture utérine paraît s'être produite au moment où la femme, en travail depuis quarante-huit heures, avait voulu se lever. Trouvée en état syncopal sur son lit elle avait été amenée à la maternité de Boucicaut. Le fœtus est senti dans la cavité abdominale à côté de l'utérus, la tête, très engagée, appuie sur le plancher périnéal, aussi fut-il facile de l'extraire après basiotripsie. Mais la femme meurt aussitôt.

Le bassin était normal, comme on put le constater à l'autopsie. La déchirure occupait tout le bord droit de l'utérus. De nombreuses coupes de tissu utérin ont été faites et examinées histologiquement; je n'ai constaté en aucun point de tissu pathologique ni de tissu cicatriciel.

De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement

(*Thèse de doctorat. — Steinheil*, 1898.)

Le *premier chapitre* est consacré à l'étude anatomique et physiologique du mode d'union des pubis entre eux et aux modifications que subit cette articulation sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement.

Par rupture de la symphyse pubienne on doit entendre la rupture complète ou incomplète des pubis, que la désunion se soit produite au milieu même des ligaments ou au contact du pubis. C'est donc une véritable luxation traumatique qu'il faut distinguer de la luxation pathologique constituée par le relâchement pathologique. La question ainsi posée, j'étudie dans le *deuxième chapitre* de ce travail l'*historique* de la question, qui ne commence véritablement qu'au XVIe siècle avec la constatation

de Jacques d'Amboise (1570), à laquelle assistèrent Ambroise Paré et Séverin Pineau.

Chapitre III. — *Etiologie.* — Les causes peuvent tenir à la mère, au fœtus ou à l'accoucheur ; cette division est assurément très schématique, car le plus souvent deux ou trois de ces facteurs interviennent à la fois.

Les causes maternelles sont surtout prédisposantes, la primiparité chez les femmes ayant dépassé trente ans, le rachitisme qui agit en donnant une fragilité spéciale et en modifiant les diamètres du bassin, l'ostéomalacie, la cyphose, les arthrites de la symphyse, l'exagération du relâchement normal, les lésions osseuses du pubis.

Les causes dépendant du fœtus sont représentées par l'excès de volume de la tête, les anomalies d'engagement et de dégagement de l'extrémité céphalique.

Quant aux causes tenant à l'opérateur ou à ses aides, elles sont plus nombreuses, car c'est le plus souvent au cours d'une intervention qu'on détermine l'éclatement. L'application du forceps occupe la première place, tractions avec le forceps non muni de tracteur qui agit à la façon d'un levier prenant point d'appui sur la symphyse, mouvements de pendule, saisie irrégulière de la tête. J'ai signalé ensuite l'emploi du levier, l'extraction de la tête dernière et l'écartement brutal des membres inférieurs.

En résumé la disjonction s'est produite dans la plupart des cas au cours de l'accouchement artificiel. Cependant comme quelques-uns ont été constatés pendant un accouchement spontané, il faut alors faire intervenir plusieurs facteurs : la symphyse est pathologique, l'enfant est de gros volume, l'utérus est doué de contractions énergiques. La cause déterminante a besoin ici d'une cause prédisposante.

Chapitre IV. — *Anatomie pathologique.* — La rupture doit être distinguée du relâchement, elle commence lorsque la capsule articulaire présente un défaut de continuité. Le point où se fait la solution de continuité est variable, c'est le plus souvent à l'union du cartilage d'encroûtement avec l'os. Après avoir passé en revue les résultats de la rupture j'ai étudié les autres lésions qui peuvent l'accompagner, soit du côté des articulations sacro-

iliaques, soit du côté des parties molles, soit du côté des organes voisins. J'ai ensuite indiqué la manière dont se répare le traumatisme.

Chapitre V. — *Pathogénie.* — Le relâchement de la symphyse est un fait admis et démontré anatomiquement; nombreuses sont les théories émises par les auteurs pour l'expliquer. La véritable cause paraît résider dans cette action spéciale de la grossesse qui imprime à tous les organes jouant un rôle dans la gestation une hypertrophie et un ramollissement particulier destinés à favoriser l'évolution du fœtus. Ce relâchement diminue la solidité de l'articulation, solidité qui est parfois encore amoindrie par une lésion destructive; c'est ce qui explique certaines ruptures se produisant au cours d'un accouchement facile. Le plus souvent la pression excentrique nécessaire pour rompre la ceinture pelvienne est due à une force étrangère. Ce n'est plus la tête fœtale soumise à la pression des muscles utérins et abdominaux qui tend à s'enfoncer comme un coin, c'est la tête tirée par une force, qui peut être considérable.

Dans la majorité des cas l'éclatement se produit au moment du passage de la tête ou au moment de la pesée que le forceps, dit de force, fait sur l'arc antérieur du bassin. Quant au résultat, c'est celui que l'on obtient par la symphyséotomie, c'est-à-dire l'agrandissement du bassin.

Chapitre V. — *Symptômes.* — La rupture peut avoir été précédée de troubles prémonitoires, relâchement pathologique ou arthrite pubienne, Le plus souvent ceux-ci n'existent pas et le début est brusque. Il est caractérisé par un craquement et par une douleur violente, suivis de la descente rapide du fœtus. Les signes de certitude sont fournis par un examen physique attentif, position des membres inférieurs en rotation externe, tuméfaction de la région pubienne s'accompagnant les jours suivants d'une ecchymose, douleur à la palpation, écartement des pubis constaté par le palper et le toucher vaginal, mobilité anormale des os iliaques et particulièrement des pubis.

Les troubles fonctionnels sont constitués par l'impotence, la douleur et les troubles vésicaux.

La rupture passe parfois inaperçue et doit être recherchée

tardivement, c'est alors que la radiographie peut rendre de grands services.

La réparation se fait en trois ou quatre semaines de repos, soit par simple régénération des tissus fibreux et cartilagineux, soit par ossification partielle ou totale de l'articulation.

Chapitre VI. — *Complications.* — Parmi les complications primitives occasionnées par la force brutale, il faut citer la rupture de la symphyse sacro-iliaque, les traumatismes du vagin, de l'urètre de la vessie, les déchirures des différentes parties qui composent la vulve et l'inertie utérine, accompagnée d'hémorragie.

Les complications secondaires sont dues à des infections microbiennes : arthrite, abcès de la cavité de Retzius, collections purulentes du petit bassin, nécrose du pubis, phlébite du plexus de Santorini, ostéo-myélite, péritonite.

Chapitre VII. — *Pronostic.* — La rupture de la symphyse est toujours un accident sérieux, mais, depuis l'usage courant en obstétrique de l'antisepsie, non seulement on n'a plus à redouter l'apparition des complications, mais encore on peut enrayer celles-ci quand elles se produisent.

Chapitre VIII. — *Diagnostic.* — Au cours du travail on pourra penser à la rupture utérine, à la fracture des branches ischio-pubiennes, à la luxation de l'articulation sacro-coccygienne, à la fracture du crâne fœtal ou à la disjonction d'une symphyse sacro-iliaque.

Pendant les suites de couches, l'impotence fonctionnelle peut être mise sur le compte d'une paraplégie traumatique ou réflexe; la douleur peut être due à une arthrite pubienne blennorragique (cas signalé par Queirel), à une métrite puerpuérale.

L'examen physique permettra de déceler les différentes complications que nous avons signalées.

Chapitre IX. — *Traitement.* — Le but doit être : 1° de rapprocher les deux surfaces osseuses écartées; 2° de les maintenir rapprochées pour permettre la réparation des tissus. De nombreux appareils ont été inventés pour remplir ces conditions, depuis la serviette nouée autour du bassin jusqu'aux ingénieuses ceintures modernes, ceintures de Martin, de Guéniot, de Pinard et Ribemont-Dessaignes.

Les membres inférieurs seront entravés à l'aide de deux liens, l'un placé à mi-hauteur des cuisses, l'autre au-dessus des articulations tibio-tarsiennes. Les lits à élévation rendront de grands services en évitant aux femmes tout mouvement.

Il faudra veiller également à l'antisepsie vaginale la plus rigoureuse.

Chaque complication réclame une thérapeutique spéciale.

Pendant la convalescence l'hydrothérapie et l'électrothérapie pourront être utilisées.

Si le défaut de consolidation se produisait, il ne faudrait pas hésiter à faire disparaître son impotence par une symphyséorraphie.

Quant au traitement prophylactique, applicable à la majorité des cas, il consiste à rejeter l'application du forceps au détroit supérieur et à s'adresser à la symphyséotomie chaque fois que cette opération est indiquée.

Statistique

Ruptures de la symphyse		98
— au cours d'un accouchement spontané		25
— au cours d'un accouchement terminé par traction		70
— par un mode d'accouchement non indiqué		3
Forceps	53	
Basiotripsie	7	
Levier	2	
Siége	2	
Version	2	
Rétrécissements du bassin		36
Parmi ceux-ci :		
Bassin aplati	3	
— oblique ovalaire	2	
— cyphotique		
— de naine	1	
Gros enfants		12
dont enfant de 4.000 à 4.500	6	
— de 4.500 à 5.000	4	
— au-dessus de 5.000	2	
Abcès de la symphyse		23
Guérison		55
Mort		41

Conclusions.

La rupture de la symphyse du pubis au cours de l'accouchement est devenue une complication de plus en plus rare depuis l'emploi du forceps à tracteur.

Le pronostic s'est amélioré avec la pratique de l'antisepsie.

A part quelques cas inévitables, dus à des lésions pathologiques de la symphyse, nous affirmons qu'elle disparaîtra à peu près complètement le jour où on aura abandonné l'application de forceps au détroit supérieur.

Nous devons faire nous-mêmes ce que la nature fait souvent au prix de grands désordres.

La symphyséotomie est le seul traitement préventif de la rupture de la symphyse dans le plus grand nombre des cas.

Syphilis du col de l'utérus. Examen histologique.

(*Soc. O. G. P., octobre* 1904.)

Ce travail porte sur deux observations. Dans l'une il s'agissait d'une syphilis secondaire ayant déterminé de la rigidité du col, aussi la femme était-elle en travail depuis trois jours lorsqu'on l'amena à la maternité de Beaujon. L'état du col, le mauvais état général, température 39°,5 et pouls 128, commandent l'opération césarienne suivie du Porro, mais elle meurt le troisième jour.

Du sang pris à la mère avant la mort n'a révélé aucun micro-organisme à l'examen direct, mais par la culture j'ai obtenu des staphylocoques. La coupe du col nous a permis de constater une dégénérescence du protroplasma dans les cellules de la caduque qui ont un aspect vésiculeux. On voit au milieu de celles-ci un grand nombre de leucocytes mono et polynucléaires. Les vaisseaux sont dilatés, les cellules endothéliales sont tuméfiées, à l'intérieur des vaisseaux sont des leucocytes plus abondants que normalement.

Quant au parenchyme musculaire il semble œdématié ; le long et à l'intérieur des fibres musculaires il y a de larges espaces clairs non colorés.

Dans la deuxième observation nous sommes en présence de l'accident primitif. Le chancre est volumineux et il occupe une grande partie du col; il ne détermine cependant aucun trouble dans le travail, bien que le tissu cervical donne au doigt une consistance dure, presque ligneuse. Une petite portion du chanere fut enlevée pour être examinée au microscope. L'ulcération de la muqueuse est irrégulière et assez profonde, une partie du tissu musculaire sous-jacent est entamée, le parenchyme cervical présente une infiltration cellulaire intense. La majorité des cellules d'infiltration paraissent appartenir à la variété des plasmazellen, elles sont volumineuses, leur protoplama est basophile et leur noyau est presque toujours périphérique. A ces cellules sont mêlés un petit nombre de polynucléaires et d'autres cellules d'apparence conjonctive, munies d'un noyau. Les vaisseaux voisins présentent une gaine d'infiltration cellulaire intense, dans laquelle on reconnaît également beaucoup de plasmazellen. Dans la région éloignée de l'ulcération on trouve des vaisseaux enflammés et à parois très épaisses.

Diagnostic et traitement de l'oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus pendant le travail.

(*Arch. gén. de méd.*, 7 *juin* 1904.)

A propos d'un cas d'oblitération du col constatée chez une primipare âgée (43 ans), oblitération qui s'était accompagnée d'une distension telle du segment inférieur qu'un médecin avait cru à une énorme poche des eaux, j'ai indiqué les différents signes sur lesquels je m'étais appuyé pour faire le diagnostic exact et la conduite que j'ai suivie pour faire disparaître cette cause de dystocie et pour terminer l'accouchement. J'ai profité de cette observation clinique rapportée dans tous ses détails pour étudier cette question.

Après en avoir exposé l'historique j'ai montré quelles pouvaient en être les conséquences et quels étaient les signes qui permettaient d'en poser le diagnostic. Certaines erreurs ont en effet pu conduire à une thérapeutique néfaste. L'oblitération du col une fois reconnue, j'ai rappelé la technique préconisée par MM. Pi-

nard et Varnier pour faire disparaître cette cause de dystocie cervicale.

Dystocie par fibrome du segment inférieur de l'utérus.

(*Soc. O. G. P., juillet* 1900, *avec fig.*)

Vers le quatrième mois de la grossesse la femme, qui fait l'objet de cette observation, entre à la maternité de Beaujon pour des phénomènes douloureux abdominaux. L'examen permet de constater une rétroversion de l'utérus gravide et la présence d'une tumeur pré-utérine qu'on diagnostique fibrome sous-péritonéal. La rétroversion se réduit sous l'influence du repos et du cathétérisme vésical.

Cette femme rentre de nouveau dans le service dans le courant du neuvième mois de sa grossesse. L'excavation est occupée par le fibrome augmenté de volume, il est immobile et a refoulé l'utérus en haut et à droite. On fait l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale. La tumeur est ovoïde, à petite extrémité antéro-inférieure, son grand axe mesure 15 centimètres, son petit axe 11 centimètres. La surface d'implantation utérine a 10 centimètres de largeur, son extrémité supérieure est à 13 centimètres du fond de l'utérus, et son extrémité inférieure est à 2 centimètres de l'orifice externe du col.

Suites opératoires normales.

Observation de Porro dans un cas de contracture du corps utérin au cours d'une présentation de l'épaule. — Sphacèle tardif de la paroi rectale.

(*Soc. O. G. P., février* 1900.)

Primipare de 35 ans, cette femme, qui n'est enceinte que de six mois et demi environ, entre à la maternité de Beaujon parce qu'elle souffre depuis trois jours. La température est de 39° et le fœtus se présente transversalement ; la version par manœuvres externes est tentée mais sans aucun résultat. Les membranes étant rompues, le fœtus mort et la dilatation n'ayant pas les dimensions d'une pièce de 5 francs, on applique un ballon de Champetier de Ribes.

Après son expulsion on introduit la main dans l'utérus, mais on constate qu'il existe un anneau contracturé qui correspond au bord inférieur de la musculature du corps utérin. L'embryotomie est impraticable, aussi décide-t-on de faire une opération de Porro. La bascule de l'utérus hors de l'abdomen est rendue impossible par un véritable enclavement du segment inférieur de l'utérus dans l'excavation. Les jours qui suivent, la température et le pouls sont normaux, mais le septième jour la malade a un vomissement abondant de liquide rouge foncé et elle meurt presque subitement. Le point intéressant constaté à l'autopsie est un sphacèle de la paroi du rectum au niveau de laquelle existent des ulcérations. Ce sphacèle peut être dû à deux causes : la compression exercée à ce niveau par le segment inférieur de l'utérus enclavé et la putréfaction fœtale, qui détermine fréquemment des phénomènes de mortification en différents points du corps.

Opération de Porro dans un cas d'antéversion utérine occasionnée par une hystéropexie ancienne.

[(*Soc. O. G. P., février* 1900.)

Cette femme entre à l'hôpital, parce qu'elle est en travail depuis quatre jours. Elle a subi deux ans auparavant une amputation du col et une hystéropexie abdominale.

Le col ne peut être senti qu'en ayant recours au toucher manuel et après anesthésie ; il est caché au fond d'un canal étroit et il correspond à la troisième vertèbre lombaire. La dilatation paraît impossible ; comme les contractions sont très rapprochées et intenses, on décide de faire une opération de Porro, car on craint une rupture utérine.

On extrait un enfant vivant et la mère guérit.

Ce cas de dystocie est complexe quant à sa pathogénie. La ventrofixation a amené un changement dans le développement de l'utérus gravide. Fixé en avant, cet organe n'a pu se développer que par sa face postérieure ; ce qui a été d'autant plus facile que la multiparité avait déjà relâché sa musculature. L'antéversion s'accentuant avec la distension de l'utérus, la région cervicale est entraînée en haut et en arrière et abandonne l'exca-

vation pelvienne. D'autre part, l'amputation du col, probablement atypique, a déterminé la production de tissu cicatriciel celui-ci a d'autant moins de tendance à se laisser dilater que l'orifice, qu'il limite n'occupe plus le grand axe de l'utérus et qu'il n'est plus en rapport avec la partie libre de l'excavation.

Symphyséotomie faite en ville. — Grossesse nouvelle, accouchement spontané.

(*Arch. gén. de méd.*, 13 *décembre* 1904.)

La symphyséotomie est encore considérée par un grand nombre de praticiens comme une opération qui n'est praticable qu'à l'hôpital. Aussi ai-je cru intéressant de rapporter l'observation faite chez une femme ayant un diamètre promonto-sous-pubien de 8,2 dans un intérieur modeste et par un seul opérateur. L'enfant, qui ne put être extrait que par la version, pesait le lendemain de la naissance 5.250 grammes.

Deux ans plus tard, cette femme eut une nouvelle grossesse et elle accoucha spontanément après onze heures et demie de travail d'une fille de 4.050 grammes.

J'ai profité de cette observation pour rappeler la fréquence de l'accouchement spontané après la symphyséotomie d'après une statistique établie à la clinique Baudelocque et pour en exposer les raisons, démontrées par Varnier au moyen de la radiographie.

La femme, dont je rapporte l'observation, avait, en effet, un écartement de 25 millimètres au niveau de sa symphyse pubienne. Malgré le mouvement anormal siégeant dans cette articulation, il n'y a aucun trouble de la marche et la fatigue ne survient pas plus rapidement.

Diagnostic et traitement de l'hydrocéphalie avec observations personnelles.

(*Arch. gén. de méd.*, 22 *novembre* 1905.)

Ayant eu l'occasion en l'espace de quinze jours d'observer deux cas d'hydrocéphalie à la Maternité de Boucicaut, j'ai profité de ces deux observations, que je rapporte complètement, pour en tirer

les conclusions pratiques tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue de l'intervention nécessaire pour terminer l'accouchement.

La première partie est consacrée au diagnostic et au traitement de l'hydrocéphalie dans la présentation du siège, présentation relativement assez fréquente dans cette malformation fœtale. Dans la seconde, j'étudie le cas où le fœtus hydrocéphale se présente par le sommet.

Je crois intéressant de rapprocher des observations précédentes celle qui suit, et qui est inédite.

Le 26 décembre 1905 entrait à la Maternité de Boucicaut une femme de 32 ans, couturière. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Elle a eu trois grossesses qui se sont terminées à terme par la naissance d'enfants bien conformés; élevés artificiellement par la mère, deux sont morts de méningite, l'un à 20 mois, l'autre à 8 mois. Le père est le même pour toutes les grossesses.

La grossesse actuelle s'est passée normalement; les dernières règles dataient du 23 au 26 mars, elle peut donc être considérée comme étant à terme.

A l'examen général on ne constate que des varices des membres inférieurs, surtout accusées à droite.

L'abdomen est très développé, le fond de l'utérus s'élève à 38 centimètres de la symphyse, les parois sont tendues et cependant la femme dit avoir perdu de l'eau dans la matinée. Les bruits du cœur fœtal sont normaux et entendus à droite; le col est entr'ouvert, la tête est sentie au-dessus du détroit supérieur.

A mon arrivée le lendemain matin je suis frappé en examinant cette femme par le volume de l'utérus et surtout par sa forme. Vu de profil il présente un aspect bilobé produit par une saillie arrondie de la moitié inférieure de l'utérus (la vessie ayant été vidée par le cathétérisme); cette saillie surplombe le bassin et est séparée du reste de l'utérus par un sillon transversal.

Par le palper je constate que la partie fœtale qui se présente est de volume anormal; elle est dure, régulière, lisse, rénitente, et a une forme sphérique, ses diamètres transversal et vertical mesurent 16 centimètres.

Le toucher, rendu difficile par l'indocilité de la parturiente, permet de reconnaître que l'excavation est vide et que la présentation fœtale n'a aucune tendance à s'engager.

Le col n'est pas effacé, son orifice externe est seulement légèrement entr'ouvert.

Portant le diagnostic probable d'hydrocéphalie je recommande

de surveiller attentivement cette femme et de me prévenir dès que le travail commencera.

Les douleurs apparaissent à 1 heure du matin, le liquide amniotique qui s'écoule est coloré en vert, les bruits du cœur sont toujours normaux. Je vois cette femme quelques heures plus tard, le col est plus souple mais ne s'efface pas, je décide une intervention.

Grâce à l'anesthésie chloroformique je puis faire un toucher manuel et confirmer mon diagnostic d'hydrocéphalie, je sens en effet la fontanelle antérieure très élargie et rénitente. Je perfore aussitôt le crâne au niveau d'une suture en me servant du perforateur de Blot. Une partie du liquide est recueillie, 800 grammes. L'utérus, mesuré après l'évacuation, n'a plus que 33 centimètres; il se contracte alors énergiquement et une demi-heure après il expulse une fille de 3.570 grammes qui ne présente aucune autre malformation. Le placenta pèse 770 grammes, il est épais mais sans lésions macroscopiques.

Pour redonner à la tête son volume primitif il faut injecter dans la cavité crânienne 1.100 grammes d'eau, ses diamètres sont alors les suivants :

O.M. 16, — O.F. 13,6, — SO.B. 14,5, — SO.F. 15, — BiP. 14,5, — BiT. 12, — S.M.B. 13,5.

Suites de couches normales.

Dystocie par brièveté naturelle et accidentelle du cordon et par brides amniotiques encéphalo-funiculaires dans un cas de malformations fœtales multiples.

(*Soc. O. G. P.*, *décembre* 1901.)

Cette observation, qui a fait l'objet d'un rapport du Pr Kirmisson publié dans le bulletin du mois d'avril 1902, est intéressante à deux points de vue. L'accouchement fut rendu difficile par une brièveté naturelle (0,27 centimètres) et accidentelle (circulaire autour du bras) du cordon et par la présence de brides amniotiques s'insérant à la fois sur le cordon et sur le fœtus. Celui-ci est un anencéphale chez lequel on constate également une gueule de loup et une amputation congénitale de la phalangette de deux doigts de la main droite.

Le placenta inséré normalement avait été en partie décollé par l'extraction du fœtus.

Du toucher manuel en obstétrique.

(*Arch. gén. de méd.*, 1906, *n°* 26.)

Témoin de plusieurs erreurs de diagnostic et de fautes opératoires qui en avaient été la conséquence, parce qu'on avait omis de faire le toucher manuel, j'ai cru nécessaire d'étudier ce mode d'investigation trop négligé dans la pratique obstétricale. J'ai cherché à montrer les renseignements qu'il pouvait fournir soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant la période de délivrance.

Après avoir indiqué le manuel opératoire et les précautions dont on doit s'entourer pour le pratiquer, j'ai passé en revue ses indications pendant la grossesse. Elles sont assez rares pendant cette période de la puerpuéralité, on peut y être amené pour rechercher l'existence d'une grossesse dans un utérus anormalement développé ou déplacé par une tumeur du voisinage, pour trouver le col d'un utérus dévié, pour fixer le pronostic de l'accouchement et choisir une ligne de conduite dans certains cas de dystocie du bassin et des parties molles.

Pendant l'accouchement, les indications sont plus fréquentes : recherche du col dans les déviations utérines et dans les déplacements utérins, dystocie des parties molles (fibromes pédiculés de l'utérus, kystes de l'ovaire de petit ou de moyen volume), certaines déformations du bassin, dystocie fœtale par présentation vicieuse, par excès de volume total ou partiel ou par présence de deux fœtus isolés ou adhérents, diagnostic de procidence du cordon. J'ai surtout insisté sur la nécessité du toucher manuel avant toute intervention et en particulier avant l'application du forceps pour préciser non seulement la présentation, mais surtout la position et la variété de position.

La rupture de l'utérus, certains traumatismes déterminés par l'accouchement, le thrombus élevé du vagin, l'inversion utérine incomplètes ne peuvent être reconnus que par le toucher manuel. Celui-ci doit être érigé en règle absolue pendant la période de délivrance chaque fois qu'une hémorragie apparaît, lui seul est

capable d'en reconnaître la cause et souvent même d'y porter remède.

Après la délivrance ses indications se posent de nouveau pour reconnaître certains traumatismes, dont les manifestations n'apparaissent qu'après l'expulsion du délivre, ou pour découvrir la cause d'une hémorragie subite ou continue.

Enfin toute infection du post-partum ou du post-abortum siégeant dans l'utérus nécessite l'introduction de la main dans le vagin et d'un ou deux doigts dans l'utérus pour en explorer les parois.

Inversion utérine obstétricale.

(*Gazette des hôpitaux*, 1906, nos 46 et 49.)

Cette étude de l'inversion utérine parue sous forme de revue générale appartient à un ouvrage en préparation sur les « Traumatismes obstétricaux », ouvrage qui sera publié en collaboration avec M. Doléris. Aussi me suis-je limité à la description de l'inversion utérine obstétricale, qui se produit quelquefois aussitôt après la sortie du fœtus et, dans la plupart des cas, au moment de l'expulsion du placenta ou après la délivrance.

Au point de vue anatomo-pathologique, j'ai rangé les différents degrés d'inversion dans une des trois variétés suivantes :

1° *L'inversion intra-utérine*, dans laquelle le fond déprimé de l'utérus ne dépasse pas les bords de l'orifice interne du col.

2° *L'inversion intra-vaginale*, comprenant les cas où le fond de l'utérus a franchi la limite inférieure de ce dernier et reste dans le vagin.

3° *L'inversion intra-vulvaire* ou *intra-génitale* constituée par l'apparition de l'utérus au dehors.

Après avoir montré l'aspect que prend l'utérus dans chacune de ces variétés et les modifications de structure qui en résultent, j'ai cherché à en fixer l'étiologie. J'ai divisé les renversements de l'utérus en *inversions de force* et en *inversions de faiblesse ;* les premières reconnaissent le plus souvent pour cause des manœuvres intempestives ou brutales au cours de la délivrance ; les secondes sont dues, en grande partie, à l'inertie totale ou partielle du muscle utérin.

Dans le troisième chapitre j'ai décrit, avec tous les détails que comporte une telle question, les symptômes locaux et généraux, qui caractérisent chaçun des degrés de l'inversion. J'ai ensuite passé en revue l'évolution de cet accident qui ne peut se réduire spontanément qu'à la condition d'être peu accentué. Si, au contraire, le fond de l'utérus a atteint le niveau de l'orifice interne du col, il a plus de tendance à être refoulé en bas qu'en haut, donnant naissance dans certains cas à l'inversion totale secondaire. Celle-ci est déterminée par un mécanisme comparable à celui de l'invagination intestinale.

Le pronostic dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle le diagnostic est posé et de la rapidité avec laquelle on intervient; il dépend aussi de l'adresse de l'opérateur.

Le sixième chapitre est consacré au diagnostic différentiel, qui varie suivant que l'utérus a été inversé encore recouvert du placenta et des membranes ou après l'expulsion du délivre. Le traitement est divisé en deux parties : la première est consacrée au traitement prophylactique, c'est-à-dire au manuel opératoire classique de la délivrance, la seconde au traitement de l'inversion proprement dite, que celle-ci soit immédiate, récente ou ancienne. Je me suis surtout étendu sur la technique des différents procédés de réduction manuelle en insistant particulièrement sur le procédé le plus simple. Après avoir rejeté l'emploi de certains instruments, à cause des accidents qu'ils déterminent, j'ai passé en revue les méthodes de réduction lente par le ballon de Champetier de Ribes, qui a donné des succès au Pr Pinard, et par le tamponnement bien décrit par le Pr Pozzi.

En cas d'insuccès, je conseille de ne pas reculer devant une opération sanglante, si l'utérus n'est ni infecté, ni sphacélé, et de préférence aux incisions cervicales bilatérales. J'indique le manuel opératoire de cette intervention praticable par tout accoucheur, alors que les méthodes de Thomas, d'Everke, de Küstner et de Kehrer appartiennent surtout au domaine purement chirurgical.

Ce chapitre de thérapeutique se termine par le traitement des complications et particulièrement par la description de l'hystérectomie extra-vaginale de MM. Pinard et Segond.

Traitement des déchirures du périnée après l'accouchement. Nécessité de faire des sutures musculaires et avantages de l'évacuation précoce de l'intestin.

(*La Clinique*, 22 *février* 1907, *p.* 115.)

Article accompagné de figures schématiques.

Dans cet article j'ai indiqué la nécessité de suturer toute solution de continuité déterminée par l'accouchement au niveau du périnée afin d'éviter les accidents immédiats, secondaires ou tardifs. J'ai surtout insisté sur la distinction à établir entre les déchirures du plan superficiel et celles qui intéressent la couche musculaire. Au cours de la périnéorraphie, il faut pour ces dernières aller chercher les muscles du côté où ils ont été attirés par leur insertion fixe, afin de les ramener sur la ligne médiane au niveau du raphé ano-vulvaire. Il ne suffit pas en effet de reconstituer un périnée apparent, il faut refaire un périnée réel, qui aura sa constitution anatomique normale et qui sera capable de remplir ses fonctions physiologiques. Dans les déchirures complètes, accompagnées de déchirures de la cloison recto-vaginale, j'ai conseillé d'abandonner la constipation à laquelle on soumet les opérées, constipation qui peut devenir le point de départ d'accidents stercorémiques pendant les suites de couches et qui peut provoquer l'éclatement des points de suture, au moment de la première défécation. J'ai indiqué les heureux résultats que j'ai toujours obtenus en recourant aux laxatifs donnés dès le deuxième jour, qui suit l'accouchement, et aux lavements d'huile d'olives stérilisée, administrés le lendemain du laxatif. Après chaque évacuation on fait passer dans le rectum un demi-litre à un litre d'eau bouillie tiède.

Dans un deuxième paragraphe j'ai décrit la périnéorraphie immédiate secondaire qui appartient encore à la période obstétricale; j'ai laissé de côté la périnéorraphie tardive qui rentre dans le domaine de la gynécologie.

Hémorragie mortelle survenue le 8e jour des suites de couches.

(*Soc. O. G. P., octobre* 1905.)

Cette femme, grande multipare, avait été apportée à la maternité de Boucicaut parce qu'elle perdait du sang en grande abondance. Le placenta recouvrait, en effet, l'orifice interne du col utérin; malgré une large rupture des membranes, l'écoulement sanguin continua et je dus avoir recours au ballon de Champetier. Celui-ci est expulsé spontanément, et l'hémorragie avait cessé, mais une nouvelle perte grave apparaît quelques heures plus tard et nécessite l'évacuation rapide de l'utérus.

Le huitième jour qui suit l'accouchement, une hémorragie abondante survient de nouveau et tue la malade.

A l'autopsie on ne constate rien d'anormal du côté de l'utérus.

V

NOUVEAU-NÉ ET TÉRATOLOGIE

Ligature et pansement du cordon ombilical. — Etude d'un nouveau procédé de ligature.

(*La Clinique*, 1907, n° 17.)

Cet article pratique est consacré au manuel opératoire de la ligature du cordon et du pansement qui doit ensuite être appliqué à son niveau. Lorsqu'on se trouve en présence d'un cordon volumineux, la ligature tient souvent mal, ce qui peut être la source d'hémorragies dans les heures qui suivent la naissance. Aussi a-t-on décrit des procédés plus ou moins compliqués : ligature avec un fil de caoutchouc, qu'on n'a pas toujours à sa disposition, ligature en bouchon de champagne, difficile à décrire et plus encore à appliquer.

Pour remédier à ces difficultés, j'ai décrit un moyen simple que tout praticien sait exécuter, c'est la *ligature chirurgicale* du cordon ou ligature séparée des deux moitiés de la tige funiculaire, suivant la méthode employée en chirurgie pour lier certains pédicules vasculaires. On se sert pour cela de l'aiguille, qui se trouve dans la trousse de tout accoucheur, on traverse le cordon suivant un de ses diamètres en évitant les vaisseaux visibles par transparence et on passe le fil en double dans le chas. Après avoir ramené l'anse du côté opposé on la sectionne, on a alors deux fils séparés, on entrecroise les deux chefs situés d'un même côté et on lie un des fils, une moitié du cordon se trouve ainsi ligaturée. On agit de même avec l'autre fil, qui lie la deuxième moitié du cordon. Par excès de précaution on peut ramener les deux chefs de ce

second fil du côté opposé et faire une troisième ligature enserrant la totalité de la tige funiculaire. Grâce à ce procédé le fil ne peut pas glisser.

Rétention d'urine chez un nouveau-né du sexe féminin. — Compression de l'urètre par une accumulation de mucus dans le vagin.

(*Soc. O. G. P., mai* 1906.)

Ce nouveau-né ayant présenté, dans la journée, qui suivit sa naissance, des troubles nerveux et n'ayant eu aucune miction, je constate par l'inspection une saillie constituée par l'hymen. La pression à ce niveau fait sortir du mucus épais, que je dilacère avec l'anse d'un crin de Florence, l'orifice hyménal étant très petit. Je fais le cathétérisme de l'urètre en employant le même procédé; après avoir entraîné au dehors un peu de mucus, un flot d'urine foncée est projetée à grande distance, prouvant ainsi qu'elle était retenue sous pression dans la vessie. A partir de ce moment tout phénomène nerveux disparut et les mictions furent spontanées.

Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines dû à l'éruption prématurée d'une dent.

(*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, 1895.)

Le sinus maxillaire existe à la naissance sous forme d'un diverticule étroit, qui s'étend latéralement jusqu'au-dessous du canal orbitaire. Pendant longtemps il demeure à l'état de fente virtuelle, car, même après la sortie des dents de lait, il a peu de place pour se développer, étant gêné par la présence des dents permanentes encore incluses dans le bord alvéolaire. Mais dès l'issue des molaires permanentes, il s'accroît rapidement et atteint bientôt ses proportions définitives.

Les auteurs classiques admettent que la suppuration du sinus maxillaire ne commence à se montrer qu'à partir de sept ans et que sa fréquence ne s'établit qu'à la puberté. Aussi ai-je cru intéressant de rapporter dans tous ses détails un cas exceptionnel

observé dans le service de mon maître Brun à l'hôpital des Enfants-Malades. Il s'agissait d'une suppuration du sinus maxillaire d'origine dentaire chez un nouveau-né, due à l'éruption prématurée d'une dent au niveau de la fosse canine.

Défaut d'ossification de la branche montante droite du maxillaire inférieur.

(*Soc. O. G. P., février* 1901.)

L'aspect de cet enfant se caractérise surtout par une asymétrie cranienne et faciale très accusée. L'œil droit est constamment fermé, la bouche est au contraire largement ouverte, surtout du côté droit.

Cette asymétrie se retrouve sur le crâne préparé : la branche montante droite du maxillaire inférieur est remplacée par un tractus fibreux étendu de l'extrémité postérieure du corps de la mâchoire inférieure à la partie antérieure du cercle tympanal. Ce tractus peut donc être considéré comme la portion moyenne du cartilage de Meckel.

Encéphalocèle de la région frontale.

(*Soc. O. G. P., février* 1901.)

Les antécédents de la mère et l'accouchement n'offrent aucune particularité digne d'intérêt. L'enfant présente au milieu de la région frontale une tumeur mollasse, sessile, recouverte de peau, de forme ovoïde à grosse extrémité antéro-inférieure. Elle est irréductible et la compression ne détermine aucun trouble convulsif.

Cette tumeur a produit un écartement des cavités orbitaires et des narines. Il existe en outre un bec de lièvre médian de la lèvre supérieure et un bourgeon cutané de la grosseur d'une cerise, implanté sur la paroi interne de la narine gauche.

Les lobes frontaux pénétraient dans l'encéphalocèle.

Fœtus paracéphalien hémiacéphale.

(*Soc. O. G. P.*, *février* 1901.)

Ce fœtus, pesant 230 grammes, est extérieurement caractérisé par une région céphalique mal définie et par l'existence de deux membres supérieurs plus ou moins rudimentaires ; la partie inférieure du corps est sensiblement normale. Il appartient à une grossesse gémellaire de quatre mois environ ; l'autre jumeau, du poids de 220 grammes, présente, contrairement à ce que l'on observe d'ordinaire, un bec-de-lièvre. Il n'y a qu'une seule masse placentaire pesant 300 grammes et divisée en deux parties inégales par une cloison membraneuse sur laquelle s'inséraient deux cordons. Celui qui correspond au fœtus normal mesurait 15 centimètres de longueur, le cordon du paracéphalien mesurait seulement 6 centimètres et il était extrêmement grêle.

Ce fœtus a été l'objet d'une dissection fine, dont la description complète a été publiée par le Dr Rabaud dans le *Journal d'anatomie et de physiologie* (janvier-février 1903).

Polydactylie et malformations multiples.

(*Soc. O. G. P.*, *décembre* 1901.)

Cet enfant, qui possède sept doigts à chaque main et six orteils à chaque pied, présente également d'autres malformations, entre autres une imperforation de l'anus.

Amputation apparente des quatre membres chez un nouveau-né.

(*Soc. O. G. P.*, *décembre* 1902.)

Cet enfant est né à terme, il pèse 3.350 grammes et le placenta 550 grammes. Il n'existe aucune bride amniotique. Sa mère ne présente aucune tare, elle a eu précédemment quatre grossesses, dont trois se sont terminées à terme par la naissance d'enfants bien conformés ; toutes sont du même père.

L'enfant n'a ni pieds ni mains, chacun de ses membres se

termine par un moignon portant des dépressions cicatricielles, qui limitent des bourgeons charnus.

Il ne s'agit pas d'amputation, mais d'une absence de développement des segments des membres qui donnent naissance aux mains et aux pieds,

Fœtus achondroplasique.

(Soc. d'O. G. P., juin 1906.)

La mère de cet enfant a eu six grossesses antérieures, qui toutes se sont terminées à terme par la naissance d'enfants bien portants. La septième grossesse, qui a la même origine paternelle, a évolué sans incident. La poche des eaux s'est rompue prématurément, le fœtus se présentait par l'épaule et il a été extrait au moyen de la version par manœuvres internes. Il pesait 2.920 grammes, et le placenta 520 grammes; aucune cause pathologique n'a pu nous expliquer cette disproportion.

Cet enfant est mort le lendemain de sa naissance; à l'autopsie nous n'avons rencontré rien d'anormal dans les viscères. Le moulage du fœtus et le squelette monté ont été envoyés au musée de la maternité de Beaujon.

VI

REVUES GÉNÉRALES
ET ARTICLES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

1° PARUS DANS LES « ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE ».

Diagnostic et traitement de la pyélonéphrite gravidique, octobre 1903.

Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale pendant la grossesse. octobre 1904.

Des ooliques hépatiques pendant la puerpuéralité, janvier 1905.

De la mort apparente des nonveanx-nés, février 1905.

Formes et traitement des ictères gravidiques, mai 1905.

Albuminurie gravidique, juillet 1905.

Traumatismes vulvaires an cours de l'accouchement, n° 14, 1906.

Névrites gravidiques, n° 31, 1906.

2° PARUS DANS « LA CLINIQUE », ANNÉES 1906 ET 1907.

Condnite à tenir dans l'avortement.

Vomissements de la grossesse.

Alimentation des nouveau-nés pendant le premier mois.

Conduite à tenir en présence d'un fœtns mort retenu dans la cavité utérine.

Traitement de l'hydramnios.

Traitement des hémorragies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Précautions à prendre pendant l'accouchement pour éviter les déchirures vulvo-périnéales.

Conduite à tenir dans la rupture prématurée et accidentelle des membranes pendant la grossesse.

Diagnostic et traitement des arthropathies gravidiques.

Du ptyalisme.

Rétroversion de l'utérus gravide.

Diagnostic de la grossesse au deuxième mois.

Conduite à tenir en présence d'un fœtus mort retenu dans un kyste fœtal.

Conduite à tenir en présence d'une grossesse molaire.

Indications de la rupture des membranes pendant l'accouchement.

TABLE DES MATIÈRES

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.